

障害者サービス登録用紙

貸出券番号

--	--	--	--	--	--	--

ふりがな	
氏名 (なまえ)	
生年月日 (うまれたとし ひにち)	西暦 ・ 和暦(大・昭・平) 年 月 日 生
電話 (でんわ)	() 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯 ・ 呼出 ・ ファックス ・ なし (聴覚・言語障害、他、電話が使用できないかたはファックス可)
住所 (じゅうしょ)	〒
障害者手帳を お持ちのかた (しょうがいしゃ てちょうを もっている ひと)	☐ 身体障害者手帳 ☐ 視覚(級) ・ ☐ 上肢(級) ・ ☐ 下肢(級) ☐ 体幹(級) ・ ☐ その他() ※身体障害者手帳をお持ちで、身体障害が重複されてい る場合、それぞれの障害の種類と級を書いてください。 ※再認定期日があるかたのみ 再認定期日(年 月) ☐ 愛の手帳(療育手帳)(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4) ☐ 精神障害者保健福祉手帳(1 ・ 2 ・ 3) ☐ 有効期限(年 月) 種別(1種 ・ 2種)
障害者手帳を お持ちでないかた (しょうがいしゃ てちょうを もっていない ひと)	図書館を利用するのに困難な理由・事情などを記載してください。
希望する資料と サービス (よみたいほんや、 やってほしいこと)	対面朗読 ・ 音訳資料 ・ 点訳資料 ・ 大活字本 ・ 布の絵本 来館 ・ 配本 ・ 郵送 その他()
点 字	読めない 読める(文章が読める メモ程度なら読める)
コミュニケーション 方法 等	※会話をするのに困難な障害がある場合、○を付けてください 筆談 ・ 手話 ・ 指点字 ・ 触手話 ・ 会話補助装置 その他()

聴覚・言語障害のあるかたで、メールでの連絡を希望されるかたは、メールアドレスとパスワードの登録をお願いします。

受付職員・スタッフへ：読み書きが難しいかたにはプライバシーに配慮した上で代筆してください。

裏面あります

※図書館使用欄

備 考	
-----	--

受付館 _____ 受付者 _____

受付年月日 _____

障害者サービス登録を受け付け後、下記の書類を八雲中央図書館障害者サービス担当職員にお送りください。

- ①障害者サービス登録用紙
- ②利用登録確認項目リスト
- ③利用登録確認項目リスト④～⑦の書類があるかたはそのコピー

障害者サービス担当職員確認欄

- ☐ 個人2 変更
- ☐ 個人3 変更
- ☐ 配本希望者へ、訪問（予定日 _____）

改訂 2016.1.20